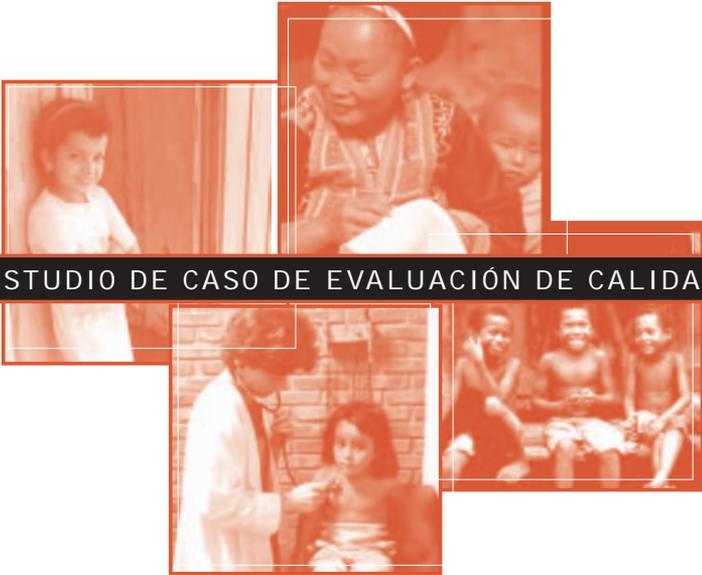


PROYECTO

DE GARANTÍA

DE CALIDAD



ESTUDIO DE CASO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD

Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi

September 2002



Center for Human Services • 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600 • Bethesda, MD 20814-4811 • USA



QUALITY
ASSURANCE
PROJECT

TEL (301) 654-8338

FAX (301) 941-8427

www.qaproject.org



El Proyecto de Garantía de Calidad (*Quality Assurance Project*, QAP) es financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU. (USAID), en virtud del Contrato número HRN-C-00-96-90013. OAP sirve a países que son elegibles de recibir ayuda de la USAID, apoyando a las misiones de USAID y a otras agencias y organizaciones no gubernamentales que cooperan con USAID. El equipo del QAP consiste del Center for Human Services (CHS), como contratista principal, la Joint Commission Resources y Johns Hopkins University (incluyendo la Facultad de Salud Pública, el Centro de Programas de Comunicación y el Programa para la Educación Internacional en Salud Reproductiva de Johns Hopkins). En conjunto, estas organizaciones aportan experiencia técnica referente al diseño, la administración y la aplicación de programas de garantía de calidad en los países en desarrollo. El CHS, filial sin fines de lucro de University Research Co., LLC, aporta asistencia técnica en investigación, diseño, administración, mejoramiento y monitoreo de sistemas de atención de salud y prestación de servicios en más de 30 países.



Acerca de esta serie

En la **Serie Estudios de Caso** se presentan aplicaciones reales de métodos de Garantía de Calidad (QA) en países en desarrollo, en diferentes niveles del sistema de salud, desde el nacional al comunitario. El enfoque de la serie está puesto en aplicaciones de garantía de calidad, como diseño de calidad, mejoramiento de calidad, comunicación y desarrollo de estándares y evaluación de calidad. En algunos casos se presenta más de una de estas actividades.

La evaluación de calidad es la medición de la calidad de los servicios de salud en términos de la diferencia entre el desempeño esperado y efectivo y su fin es identificar oportunidades de mejoramiento. Se pueden establecer estándares de desempeño para la mayoría de los aspectos de la calidad, como competencia técnica, efectividad, eficiencia, seguridad y cobertura; una vez establecidos estos estándares, la evaluación de la calidad mide el nivel de cumplimiento. En el caso de las dimensiones de calidad que son más difíciles de identificar, como la continuidad de la atención o el nivel de acceso, una evaluación de calidad describe el nivel de desempeño actual con el objetivo de mejorarlo.

Para superar los sesgos inherentes a cada método de recopilación de datos, una evaluación de la calidad con frecuencia combina diferentes métodos, entre los que se incluyen observación directa de los contactos entre paciente y prestador, entrevistas al personal, grupos representativos de pacientes, revisiones de los expedientes e inspecciones de las instalaciones. Es frecuente que la evaluación sea el primer paso de un proceso de mayor envergadura que puede incluir la entrega de retroalimentación a los trabajadores de la salud sobre el desempeño, la capacitación y la motivación para que el personal emprenda mejoras a la calidad, además del diseño de soluciones para acortar la brecha en la calidad.

Este estudio de caso describe la forma en que el personal local de Malawi recopiló, analizó e interpretó los datos sobre la evaluación de calidad para identificar oportunidades para mejorar los servicios de planificación familiar.

Reconocimiento

Este estudio de caso describe el trabajo efectuado por el Ministerio de Salud y Población de Malawi con la asistencia del Proyecto de Apoyo al SIDA y Salud Familiar. El estudio de caso fue redactado por Ya-Shin Lin y Lynne Miller Franco, con los aportes de Dina Towbin. Lynne Miller Franco y Maria Francisco proporcionaron información adicional. Lani Márquez y Diana Silimperi realizaron la revisión técnica y editorial.

Cita recomendada

Lin Y y Franco LM. 2000. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi. *Estudio de Caso del Proyecto de Garantía de Calidad*. Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project): Bethesda, Maryland, EE.UU.

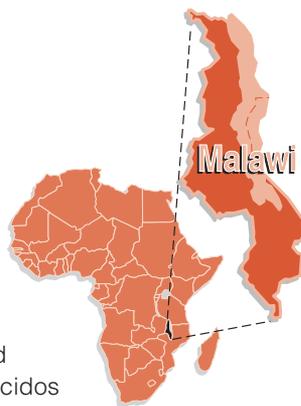




Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi

Antecedentes

Los 10 millones de habitantes de Malawi viven principalmente en áreas rurales. Las altas tasas de natalidad (39,54 por 1000) combinadas con la baja esperanza de vida (36 años) se reflejan en las altas tasas de fertilidad total (5,5 hijos por mujer), la mortalidad infantil (132 por cada 1000 nacidos vivos) y la mortalidad materna (560 por cada 100.000 nacidos vivos).¹ Según la Encuesta Demográfica y de Salud de 1992, aunque el porcentaje de mujeres casadas que conocen la contracepción moderna es alto (92%), la prevalencia de los anticonceptivos es bastante baja. En la encuesta se encontró una tasa de prevalencia de los anticonceptivos del 7,4% para los métodos modernos y del 6% para los métodos tradicionales. Al mismo tiempo, el 61% de las mujeres casadas encuestadas deseaba espaciar los embarazos o dejar de procrear, una alta demanda potencial para los servicios de planificación familiar.



A fines de 1995, se estableció un Comité Consultivo para el Mejoramiento de la Calidad de la Planificación Familiar con el fin de orientar los esfuerzos destinados a mejorar la

¹ Fuente: datos de 1990-1999 recopilados por el Centro de Información de Salud Internacional, Estadísticas Nacionales de Salud, Malawi (Publicados el 29/10/99).

calidad de los programas de planificación familiar en Malawi. El comité incluía al Coordinador de Salud Familiar del Ministerio de Salud y Población (MOHP) y al personal del Consejo de Bienestar Familiar Nacional, el Proyecto de Apoyo al SIDA y Salud Familiar (STAFH),² direcciones regionales de salud y una organización no gubernamental dedicada a la planificación familiar.

En 1996, el comité consultivo elaboró un plan de dos etapas, para identificar en primer lugar oportunidades de mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación y luego aplicar un método estructurado de solución de problemas en equipo para abordarlas. El comité decidió ensayar este plan en seis establecimientos de salud en dos distritos rurales. Un aspecto innovador de esta prueba piloto era el enfoque de "autoevaluación" para identificar problemas de calidad, es decir, que los mismos establecimientos reunirían y examinarían datos sobre su propio desempeño mediante técnicas estructuradas de recopilación de datos. El personal del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) proporcionó asistencia técnica para apoyar este esfuerzo en coordinación con el Proyecto de STAFH.

Diseño y preparación de la evaluación

Selección de distritos beneficiarios. Sobre la base de factores de equidad, el comité consultivo seleccionó dos distritos que aún no habían recibido los beneficios de otros proyectos de planificación familiar intensivos, Mchinji de la Región Central y Chiradzulu, de la Región del Sur. Los dos Equipos de Gestión de Salud del Distrito, en consulta con sus respectivas Direcciones Regionales de Salud, seleccionaron un hospital y dos centros de salud en cada distrito, sobre la base de la accesibilidad geográfica y el interés del personal por la autoevaluación.

² Un proyecto efectuado entre agosto de 1994 y julio de 1998 y financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU., en virtud del Contrato número 623-0238-C-00-4058 con John Snow International.

Elaboración de instrumentos de recopilación de datos.

Con el apoyo técnico del proyecto de STAFH, el comité consultivo diseñó la evaluación basándose en las publicaciones del Ministerio de Salud y Población: *Directrices de planificación familiar para prestadores y Derechos de los clientes*. Los instrumentos de evaluación se organizaron en torno a los principios resumidos en la metodología Prestador eficiente orientado hacia el cliente (COPE en inglés),³ ya usada en otras áreas de Malawi. La técnica COPE se centra en los aspectos de la prestación de atención relativos a los derechos de los clientes a la información, el acceso, la elección, la seguridad, la dignidad, la opinión, la comodidad, la continuidad, la privacidad y la confidencialidad.

El comité consultivo extendió y modificó el método de evaluación COPE agregando herramientas para la observación directa de la atención y entrevistas a la salida. En marzo de 1996, el comité consultivo había preparado y probado cinco instrumentos de recopilación de datos, descritos en la Figura 1.

Selección de personal para realizar la evaluación de calidad. Los Equipos de Gestión de Salud del Distrito seleccionaron tres miembros del personal de cada uno de los seis establecimientos para que participaran en la capacitación de evaluación de calidad. El equipo de cada establecimiento estaba compuesto por dos prestadores de planificación familiar (asistentes médicos, enfermeras estatales o enfermeras afiliadas) y el encargado del establecimiento. Ninguno de los 18 funcionarios de los establecimientos seleccionados para la recopilación de datos tenía experiencia en ese tipo de actividad. El comité consultivo también seleccionó a seis miembros del personal de nivel regional y central, incluidos algunos con experiencia previa en la recopilación de datos, para que participaran en la capacitación y supervisaran la recopilación de datos.

³ COPE: servicios de prestador eficiente orientados al cliente: proceso y herramientas para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva, Engender Health: NY (1995).

Figura 1. Instrumentos de recopilación de datos para la evaluación de calidad de la planificación familiar en Malawi

- **Autoevaluación del grupo:** Cuestionario que debía llenar el personal del establecimiento en forma colectiva y que abarcaba la organización de servicios, la disponibilidad de suministros y equipos, la aplicación de procedimientos de control de infecciones y el apoyo de la administración para la planificación familiar.
- **Autoevaluación de prestadores:** Cuestionario que debía llenar toda persona que prestaba servicios de planificación familiar en el establecimiento. El instrumento evaluaba el conocimiento y las prácticas de planificación familiar del entrevistado, al igual que los correspondientes al personal del consultorio en general.
- **Entrevista a la salida:** Cuestionario que se debía llenar durante las entrevistas a los clientes al término de una visita. Abarcaba los conocimientos del cliente acerca de la disponibilidad de servicios, la satisfacción con respecto a la visita y una variedad de tareas clave del prestador. Se elaboraron diferentes formularios de entrevistas a la salida para las personas que acababan de aceptar los servicios de planificación familiar, los que no los aceptaron y los clientes que los retomaban.
- **Observación cliente-prestador:** Formulario que documentaba las tareas desempeñadas en forma activa por un prestador durante una consulta para planificación familiar, incluida la comunicación de información específica sobre planificación familiar al cliente. Se llenó durante las observaciones de clientes nuevos y de los que retomaban la planificación familiar. Se utilizó otra versión del formulario para observar las conversaciones sobre salud en grupo que precedieron a las visitas clínicas del cliente.
- **Análisis de flujo de clientes:** Formulario que debía llenar cada prestador, pero en poder del cliente; se iniciaba en el momento de la llegada y continuaba durante la serie de encuentros del cliente durante una visita. Cada prestador registró la hora de inicio y de término de su encuentro con el paciente. Los datos reunidos en este formulario se usaron para calcular el tiempo de espera del cliente y el tiempo total de contacto con los prestadores.

Capacitación de los equipos de recopilación de datos.

En abril de 1996, los 24 funcionarios de la salud elegidos asistieron a un taller de capacitación de cuatro días sobre técnicas para evaluar la calidad de los servicios de salud y para efectuar resolución de problemas en equipo. El taller servía un doble propósito, puesto que también proporcionaba a los participantes una introducción global a la garantía de calidad. Éstos revisaron y practicaron el uso de cada uno de los cinco instrumentos de evaluación, primero, realizando entrevistas entre sí, luego, entrevistas a dos o tres clientes en el Hospital Central, que estaba cerca. También se les mostraron los formularios de recopilación que facilitarían la tabulación y la presentación de la información reunida mediante cada instrumento de recopilación de datos. Los equipos también realizaron planes para recopilar los datos de calidad correspondientes a sus establecimientos.

Elaboración de estrategias de recopilación de datos.

Los participantes del taller decidieron que los trabajadores de la salud no deberían observar las consultas entre los clientes y los prestadores ni realizar entrevistas a la salida a los clientes de sus propios establecimientos; en su lugar, colegas de un establecimiento vecino que habían participado en la capacitación debían llenar los formularios de observación cliente-prestador y de entrevistas a la salida. La decisión se debió a que pensaban que esta disposición sería más objetiva y, además, que los clientes se sentirían más libres para hablar con sinceridad si las entrevistas a la salida eran realizadas por prestadores de salud de otro establecimiento. Para mantener el espíritu de una autoevaluación del establecimiento, el grupo recomendó que los mismos funcionarios del establecimiento procesaran y analizaran los datos de las observaciones cliente-prestador, en lugar de que lo hicieran los que efectuaron las observaciones o las entrevistas. Se asignaron facilitadores de los niveles central y regional para que visitaran cada establecimiento y ayudaran al personal a realizar el análisis de flujo de clientes.

Recopilación de datos sobre la calidad

Recopilación de datos. Los datos se recopilaron y compilaron durante un mes, pero el tiempo real empleado en reunir los datos sobre flujo de clientes, observación y entrevistas a la salida equivalió sólo a uno o dos días por establecimiento. Aparte de anotar la hora del paciente en el formulario de flujo de clientes, el personal del establecimiento observado procedió normalmente con su trabajo. El Proyecto de STAFH proporcionó transporte para que los encargados de reunir datos se desplazaran a otros establecimientos a realizar las observaciones y entrevistar a los clientes. El personal de los establecimientos que efectuó la evaluación empleó como promedio un día observando a sus colegas y recopilando datos en un establecimiento diferente al suyo. Llenar los formularios individuales y de grupo consumió unas cuantas horas adicionales. Al final del período de recolección de datos, los datos de evaluación de calidad obtenidos para cada establecimiento consistieron en tres a seis observaciones de interacciones cliente-prestador, datos de flujo de clientes correspondientes a todos los clientes de planificación familiar (ver ejemplo en la Figura 2), 11 a 18 entrevistas a la salida (incluidos los que aceptaron, no aceptaron y clientes que retomaron el servicio), una autoevaluación en grupo y tres autoevaluaciones individuales de prestadores.

Figura 2. Ejemplo de un diagrama de flujo de clientes

CLIENT-FLOW CHART* Page 1

SITE: NAMTAMBO DATE: 7/5/96

Client number	Time In	Time Out	Total minutes	Contract minutes	Waiting minutes	Visit code	Method code	Comments
1	7:07	2:25	278	23	255	Y	ANC	
2	7:04	10:50	221	19	202	Z	A	
3	7:55	10:55	180	18	162	Z	A	
4	8:04	11:16	192	18	174	Z	ANC	
5	8:05	11:06	181	17	164	Z	ANC	
6	8:06	10:14	188	20	168	Z	ANC	
7	8:07	2:19	312	24	288	Y	ANC	labour
8	8:07	1:40	323	30	303	Y	ANC	labour
9	8:15	10:49	154	19	135	Z	ANC	
10	8:19	1:06	292	23	269	Z	ANC	
11	8:19	12:52	154	17	137	Z	ANC	
12	8:18	3:02	404	25	379	Y	ANC	
13	8:18	12:59	276	20	256	Z	A	
14	8:18	10:52	194	17	177	Z	ANC	
15	8:20	2:43	383	25	358	Y	ANC	
16	8:37	12:24	222	28	204	Z	A	labour
17	8:37	2:48	376	20	356	Y	ANC	
18	8:38	1:03	265	24	241	Y	ANC	
19								
20								

ABSCORDEES

Method codes:

A Injectable F Nonplant implants

B Pill G IUD

C Tubal occlusion H Counseling

D Condom I Other

E Vasectomy

Visit codes:

Y First visit

Z Revisit

*Use as many pages as necessary

Resultados: Análisis y uso de los resultados de la evaluación

Tabulación de los datos de la calidad de la atención.

El personal de cada establecimiento, con cierta asistencia técnica y mediante el uso de los formularios de consolidación provistos, efectuó un recuento manual de los datos y organizó los problemas identificados como derechos de los clientes (ver ejemplo de la Figura 3 del formulario de consolidación completado por el personal de un hospital basado en la Autoevaluación de prestadores de servicios de planificación familiar).

Interpretación de los resultados. Un mes después de la capacitación en recopilación de datos, los equipos se reunieron de nuevo para un taller de 5 días, con el fin de discutir los resultados y utilizar los hallazgos de la evaluación en solución de problemas en equipo. El taller se inició con la presentación por parte de cada equipo de sus resultados, donde se destacó la información generada por la evaluación que sorprendió al personal de los establecimientos. En la Figura 4, se resumen los resultados presentados por el equipo de un centro de salud.

Luego de las presentaciones, el equipo de tres personas de cada establecimiento seleccionó un problema para trabajar durante el taller y practicar los pasos del ciclo de solución de problemas. Los equipos también analizaron las dificultades encontradas durante la recopilación y análisis de datos.

En la evaluación se observó que varios de los establecimientos tenían problemas en áreas similares. No sólo los tiempos de espera eran largos, sino también los servicios de planificación familiar no estaban bien coordinados con la entrega de servicios de atención prenatal, lo que posiblemente originaba más demoras en el proceso. Por el lado de los prestadores, éstos carecían de conocimientos sobre orientación de planificación familiar, no mencionaban las enfermedades de transmisión sexual (ETS) ni el VIH, no aplicaban en forma adecuada medidas de prevención de infecciones y muchos funcionarios de áreas generales del establecimiento no sabían que se entregaban servicios de

planificación familiar. Por el lado del cliente, los prestadores percibían que los hombres no se sentían cómodos al acudir a servicios de planificación familiar. En la mayor parte de los establecimientos, los suministros de Depo-Provera eran insuficientes.

Figura 3. Ejemplo de formulario de recopilación llenado por el personal del establecimiento

Autoevaluación de prestadores de servicios de planificación familiar

Número de prestadores que llenó el formulario: 3

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA INFORMACIÓN

- | | |
|--|--|
| 1. Porcentaje de prestadores que proporcionan información de planificación familiar a los clientes que no la usan. | 100%* |
| 2. Porcentaje de prestadores de planificación familiar con la capacidad de orientar a: | |
| ■ adolescentes | 33% |
| ■ hombres | 100% |
| ■ mujeres en posparto | 100% |
| ■ mujeres en etapa posterior a un aborto | 100% |
| 3. Porcentaje de prestadores de planificación familiar con espacio privado para los clientes | 67% |
| 4. Porcentaje de prestadores de planificación familiar que solicita a los clientes repetir la información | 33% |
| 5. Porcentaje de prestadores de planificación familiar que creen tener el tiempo suficiente para la orientación | 0% |
| 6. Indique los problemas (si los hay) que ha identificado en las siguientes áreas y comente brevemente: | |
| Proceso de orientación individual: | <i>el 67% lo hace correctamente, se necesita capacitación, falta personal, no hay suficiente tiempo, un prestador por día de consultorio</i> |
| Capacidad de orientación individual: | <i>Se necesita capacitación en destrezas de comunicación</i> |
| Información para ayudar al cliente a elegir el método: | <i>Efectuada</i> |
| Examen de clientes: | <i>Se omitieron partes</i> |
| Explicaciones relacionadas con el método elegido: | <i>Efectuadas, pero demasiado extensas</i> |

* Aunque es poco común el uso de porcentajes para una muestra tan pequeña como ésta, el personal tabuló este formulario de consolidación para uso interno en su propio hospital.

DERECHO DE LOS CLIENTES AL ACCESO

1. Porcentaje de prestadores de planificación familiar que proporciona planificación familiar a:

- adolescentes 33%
- divorciados 100%
- viudos 100%

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA ELECCIÓN

1. Indique los problemas (si los hay) que ha identificado en las siguientes áreas y comente brevemente:

Remisión de clientes: *Remisiones realizadas, pero sin directrices*

Recepción del método elegido por los clientes: *A veces los clientes no reciben el método elegido porque no se dispone de éste*

Contraindicaciones y elecciones alternativas *Los clientes reciben suficiente información acerca de todos los métodos proporcionados*

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA SEGURIDAD

1. Indique los problemas (si los hay) que ha identificado en las siguientes áreas y comente brevemente:

Advertencias y seguimiento para las complicaciones: *No hay problemas*

Higiene del consultorio *Se aplican técnicas de esterilización e higiene*

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

1. Indique los problemas (si los hay) que ha identificado en las siguientes áreas y comente brevemente:

Conversación sobre los clientes con terceros: *No hay problemas*

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA DIGNIDAD, LA OPINIÓN Y LA COMODIDAD

1. Indique los problemas (si los hay) que ha identificado en las siguientes áreas y comente brevemente:

Cortesía de otros funcionarios: *No se proporciona información a los clientes*

Trato a los clientes por parte de los prestadores *Se los trata bien, pero no tienen la oportunidad de opinar respecto a cómo se podría mejorar el servicio*

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA CONTINUIDAD

1. Indique los problemas (si los hay) que ha identificado en las siguientes áreas y comente brevemente:

Insumos: *A veces, los insumos son inadecuados*

Citas de control: *No todos los prestadores fijan fechas de control*

Figura 4. Resultados presentados por el Centro de Salud de Namitambo*

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA INFORMACIÓN

- No se realizó una orientación individual de los clientes (hasta un 25%)
- Los clientes sienten que la conversación no se llevó a cabo en forma confidencial (50%).
- Los prestadores no solicitaron a los clientes que repitieran la información (0%).
- Los prestadores carecen de destrezas de orientación individual.
- Muchos funcionarios (45%) del centro de salud no saben dónde se realiza la planificación familiar dentro de éste.
- Sólo el 64% de los funcionarios del centro de salud sabía cuáles eran los métodos de planificación familiar disponibles en éste.

DERECHO DE LOS CLIENTES AL ACCESO

- Los clientes piensan que el horario es conveniente y los prestadores usan un lenguaje que comprenden.
- El centro de salud no tiene ningún mapa de la zona de influencia ni información sobre la población en edad reproductiva en esta zona.
- Flujo de clientes: tiempo de espera promedio fue de 244 minutos y tiempo de contacto promedio fue de 19 minutos. Se usó demasiado tiempo.
- El prestador estaba sobrecargado de trabajo en: atención prenatal y posnatal, sala de parto y planificación familiar, lo que no le permitía desempeñarse con eficiencia.

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA ELECCIÓN

- Los prestadores no entregaron información suficiente sobre los síntomas y la prevención de ETS/VIH.
- Los prestadores no entregaron suficiente información sobre si el cliente podía dejar de utilizar los métodos o cambiarlos.
- Los prestadores no entregaron suficiente información sobre las opciones reproductivas.
- Los prestadores no entregaron suficiente información sobre todos los métodos disponibles.
- Falta de anticonceptivos como Depo Provera, y a veces, falta de personal, opción limitada.

* La evaluación de calidad en el Centro de Salud de Namitambo incluía información de 6 observaciones cliente-prestador de 2 prestadores, 3 autoevaluaciones de prestadores y 13 entrevistas sobre planificación familiar (incluidos clientes nuevos, clientes que retomaban el servicio y clientes que no lo aceptaban).

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA SEGURIDAD

- Los prestadores no desechaban agujas/jeringas en forma adecuada.
- Los prestadores no descontaminaron los equipos en forma correcta.
- Los prestadores no se lavaban las manos antes y después de atender a los pacientes.

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

- Menos del 50% de los clientes sintió privacidad durante la orientación y los exámenes.

DERECHO DE LOS CLIENTES A LA DIGNIDAD

- Los clientes se sintieron tratados con dignidad.

Uso de los resultados de evaluación de calidad en la solución sistemática de problemas en equipo. Al regresar a sus establecimientos, los equipos de evaluación integraron a los funcionarios de planificación familiar y a aquellos ajenos a ella al proceso de solución de problemas que habían aprendido en el taller. Luego estos equipos ampliados seleccionaron problemas prioritarios para abordar y a un mes del segundo taller, habían iniciado el proceso de solución de problemas. Cuatro establecimientos se concentraron en el largo tiempo de espera de los clientes, un tema clave para el personal y los clientes. El quinto equipo decidió abordar un problema sobre el cual tanto los funcionarios no pertenecientes al área de planificación familiar como los pacientes sabían poco: la disponibilidad de servicios de planificación familiar. El establecimiento restante, un hospital, se centró en aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar a través del consultorio del Departamento de Pacientes Ambulatorios.

Reflexiones sobre la evaluación de la calidad

Algunas lecciones aprendidas de esta evaluación son las siguientes:

El uso de la autoevaluación para realizar una evaluación de calidad a nivel de establecimiento no sólo fortalece la capacidad del personal, sino también permite aumentar la responsabilidad de los resultados y las lecciones aprendidas de la evaluación. Al efectuar la autoevaluación, los funcionarios de los establecimientos de Malawi enfrentaron dificultades tales como el bajo nivel educacional de algunas enfermeras, las malas condiciones de los caminos y la limitación de las comunicaciones telefónicas y radiales. A pesar de estos obstáculos, el personal demostró que podía llevar a cabo todas las etapas del proceso de evaluación de calidad: proporcionar información sobre el diseño de la encuesta; reunir, recopilar y analizar datos; e identificar los problemas y las barreras para lograr una atención de calidad.

Además, la nueva perspectiva obtenida a partir de la evaluación se reflejó en las actitudes con respecto a los problemas. Por ejemplo, en la primera reunión de solución sistemática de problemas en equipo en un establecimiento, la tarea inicial fue seleccionar un problema prioritario usando los resultados de la evaluación de calidad. El facilitador advirtió que la evaluación de distintos problemas debía considerar preguntas como *¿Qué nivel de esfuerzo se necesitará para la ejecución? ¿El problema se encuentra dentro del alcance de influencia del equipo? ¿Qué recursos se necesitarán?* Una enfermera que no había participado en la evaluación declaró que el tiempo de espera era un problema fuera del alcance del equipo, puesto que para acelerar el proceso, el establecimiento necesitaba más enfermeras para absorber la enorme demanda por servicios. Al escuchar esto, una enfermera que *había* participado en la evaluación no estuvo de acuerdo: “Puede que no sea necesario contratar más personal. Tal vez podríamos cambiar otras cosas, como el flujo de pacientes para reducir el tiempo de espera”. Esta actitud se basaba en la información reunida en el proceso de evaluación.

El proceso de autoevaluación también facilitaba la resolución de problemas en equipo. Por ejemplo, en el Hospital del Distrito de Chiradzulu, el equipo decidió trabajar en el problema de los largos tiempos de espera. Puesto que la autoevaluación había incluido el análisis del flujo de clientes, los funcionarios sabían que el tiempo de espera de más de dos horas se debía en gran parte a que las charlas sobre educación de salud en grupo se realizaban sólo una vez que llegaba cierta cantidad de pacientes. La enfermera atendía a los clientes en forma individual sólo después de terminada la charla sobre salud en grupo. Después de un rápido análisis, el equipo decidió eliminar la charla sobre salud en grupo. En su lugar, se comenzaría a atender a los clientes a las 7:30 a.m. y cada prestador efectuaría una charla individual a los pacientes. Como resultado, este equipo logró disminuir los tiempos de espera a un tercio para los clientes de planificación familiar y a un octavo para los clientes de atención prenatal, aumentando con ello el tiempo de contacto individual efectivo entre el cliente y el prestador en más del 800%.

El uso de personal de establecimientos vecinos para realizar observaciones y entrevistas a los clientes brindó la oportunidad de aumentar la conciencia del personal sobre la calidad de la atención. Aunque los equipos utilizaron la evaluación para abordar en forma sistemática un problema prioritario en cada establecimiento, la evaluación le proporcionó a cada funcionario una nueva perspectiva sobre sus prácticas. Cuando los funcionarios observaban a sus colegas, esto les permitió reforzar los criterios de calidad de atención en su mente, puesto que debían juzgar la interacción cliente-prestador que estaban observando. El hecho de ser observado por los colegas hizo que cada prestador se fijara en los criterios de la calidad de atención aplicados en sus hábitos y prácticas, concentrándose naturalmente en los cambios que podrían mejorar la calidad. Obtener la perspectiva de los clientes le proporcionó al personal una visión de su conocimiento acerca de la planificación familiar, su opinión sobre la calidad de los servicios y permitió obtener información sobre los vacíos de comunicación prestador-cliente. Todas estas actividades permitieron a los prestadores reconocer oportuna-

des para aumentar el acceso a servicios de planificación familiar de calidad que sean sensibles, confidenciales, eficientes y que empoderen a los clientes.

Lecciones aprendidas para aquellos que deseen adaptar este método. En algunos establecimientos, los funcionarios que no participaron en la capacitación se mostraron reticentes a integrarse al proceso de evaluación (es decir, a ser observados) al comienzo. Puesto que el personal que ayuda a realizar la evaluación obtiene dobles beneficios en cuanto a la conciencia respecto de los temas de la calidad de la atención, se debe estimular firmemente una participación amplia en la evaluación de la calidad. El diseño del proceso debe considerar estrategias para aumentar la participación en la evaluación de la calidad y en las actividades posteriores de solución de problemas.

Además, la capacitación de ocho días por cada participante en la evaluación de calidad es factible a pequeña escala, pero podría ser difícil de sostener si se realiza como una intervención a gran escala. Los organizadores de la capacitación estiman que se necesitarían sólo dos días de capacitación simplemente para aprender a aplicar los instrumentos de evaluación de calidad, sin capacitación en la resolución de problemas.

Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi: Resumen

En 1996, con el apoyo del Comité Consultivo para el Mejoramiento de la Calidad de la Planificación Familiar y del Proyecto de Garantía de Calidad, funcionarios de seis establecimientos de salud de los distritos de Mchinji y Chiradzulu (dos hospitales de distrito y cuatro centros de salud) evaluaron la calidad de los servicios de planificación familiar en establecimientos vecinos y propios. En la evaluación de calidad participaron ocho miembros del personal local, asistidos por seis representantes del Ministerio de Salud y Población del nivel regional y central. Los funcionarios locales reunieron, recopilaron, analizaron e interpretaron los datos, organizados en torno al concepto de los derechos de los clientes. Luego de la recopilación de datos, los participantes en la evaluación se reunieron con otros funcionarios en su establecimiento para aplicar métodos de solución de problemas en equipo para resolver problemas prioritarios destacados por la evaluación.